OCATクリニック用

FDG PET検査診療情報提供書兼予約票

聖授会OCATクリニック 担当医 殿

ご依頼年月日：平成　　年　　月　　日

フ リ ガ ナ		保険者番号	
受 診 者 氏 名	様	記号・番号	
生 年 月 日	T·S·H　　年　　月　　日　男・女	有 効 期 限	平成　　年　　月　　日
受診者様連絡先（携 帯 等）	（　　）　　－ （　　－　　－　　） 在宅・入院中　DPC対象（病棟名：　　）	被保険者氏名	
ご 依 頼 機 関 名		資格取得日	平成　　年　　月　　日
診療科・担当医名	科・医師		
検 査 予 定 日	年　　月　　日（午前 ・ 午後）　　時　　分 ＊上記は受付時間です。10分前にお越し下さい。		

この用紙と保険証をご持参の上、当センター総合受付にお越し下さい。

PET検査部位	☐ PET検査　　全身（眼窩下縁～鼠径部）脳　心臓　☐ CT検査（眼窩～鼠径部） ☐ PET-CT検査　全身（眼窩下縁～鼠径部）脳　心臓　その他

ご依頼目的、病名・病歴、既往歴・家族歴、治療経過をご記入下さい。

☐ 確定診断　☐ 病期・転移・再発診断

既におこなった検査　☐ X-P　☐ CT　☐ MRI　☐ angio　☐ 内視鏡　☐ 生検　☐ その他（　　）

確 認 事 項 ＊必ずご記入下さい。	歩　　行：自立・要介助・全介助（立位保持:可・否） 否の場合、最近測定された身長・体重をご記入下さい。身長（　　）cm 体重（　　）kg 移 動 方 法：杖・車椅子・ストレッチャー　　人工肛門：有・無 排　　泄：自立・要介助・全介助（おむつ着用・バルーン留置）　　ウロストミー：有・無 点　　滴：有・無（末梢ヘパロック・末梢持続点滴・IVH）　その他（　　） 酸　　素：有・無（酸素量　　ℓ·酸素濃度　　%） 感 染 症：HBV（＋・－・未）　HCV（＋・－・未）　その他（　　） 合 併 症：糖尿病・高血圧・心疾患・人工透析　　妊　　娠：有・無
OCATクリニック使用欄	☐ 画像診断（持参有・無）担当：　　☐ 前日確認（済・不・未）担当：　　☐ P ☐ P/C ☐ 自

お電話にて予定日の決定後、必要事項をご記入の上この用紙と保険適用要件票をファックスしてください

FAX 06(6641)3823

原本と保険適用要件票は患者様へお渡しください

2009/07/24　20,000　Rev.5.0